

Recu 1935
FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N° 264

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITE DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Chaim NAJMARK

Né à Brest-sur-Boug (Pologne), le 20 Avril 1909

Considérations
sur la présentation de l'épaule
et son traitement

Président : M. BRINDEAU, Professeur

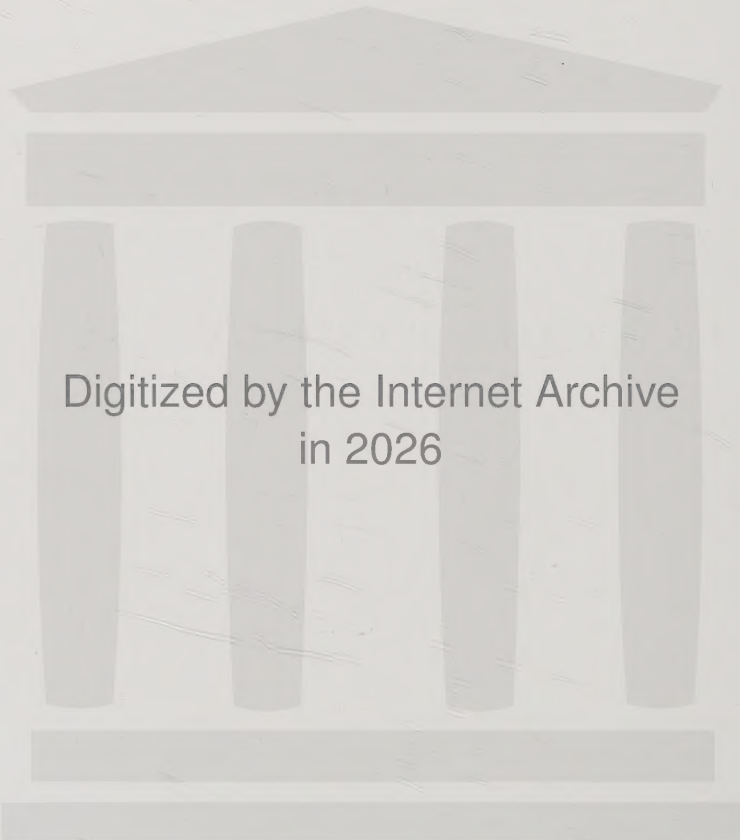
PARIS

PICART, EDITEUR

59, Boulevard Saint-Michel, 59

1935

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Chaim NAJMARK

Né à Brest-sur-Boug (Pologne), le 20 Avril 1909

Considérations
sur la présentation de l'épaule
et son traitement

Président : M. BRINDEAU, Professeur

PARIS
PICART, EDITEUR
59, Boulevard Saint-Michel, 59
1935

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
	LEREBOULLET.
	NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	CUNEO.
Clinique des maladies infectieuses	GOSSET.
Clinique chirurgicale	GREGOIRE.
	LENORMANT.
	TERRIEN.
	MARION.
	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
	PROUST.
	OMBREDANNE.
	RATHERY.
	LEMAITRE.
	Pierre DUVAL.
	SERGEANT.
	BEZANÇON.
	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
Clinique ophtalmologique	
Clinique urologique	
Clinique d'accouchements	
Clinique gynécologique	
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	
Clinique thérapeutique médicale	
Clinique oto-rhino-laryngologique	
Clinique thérapeutique chirurgicale	
Clinique propédeutique	
Clinique de la Tuberculose	
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	
Professeurs sans chaire	



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

BENARD (Henri).	Pathologie médicale.
BERNARD (Et.)..	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.

MM.

GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART	
D'ALLAINES ..	Pathologie chirurgicale
GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE (suite)

MM.		MM.	
HAZARD	Pharmacologie.	MOUQUIN	Pathologie chirurgicale.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.	OBERLING	Médecine légale.
JOANNON	Hygiène.	PELIT-DUTAILLIS	Obstétrique.
LABBE (Henri) ..	Chimie biologique.	PIEDELIEVRE ..	Physiologie.
LACOMME	Obstétrique.	PORTES	Chimie biologique.
LANTUEJOUL ..	Obstétrique.	RICHET	Pathologie chirurgicale.
LAROCHE (Guy) ..	Pathologie chirurgicale.	SANNIE	Pathologie expérimentale.
LEMAIRE	Pharmacologie.	SENEQUE	Pathologie médicale.
LEVEUF	Neurologie et Psychiatrie.	TROISIER	Obstétrique.
Mlle J. LEVY....	Pathologie médicale.	TURPIN	Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI ..	Pathologie chirurgicale.	VIGNES	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.	WILMOTH	Pathologie expérimentale.
MOULONGUET ..	Anatomie pathologique.		

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	LEROUX	Anatomie pathologique.
BUSQUET	Pharmacologie.	NEVEU-LEMAIRE ..	Parasitologie.
CHAILLEY-BERT ..	Physiologie.	ZIMMERN	Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI		BASSET	
ALAJOUANINE ..		BROCQ	
AUBERTIN		CADENAT	
BRULE		GATELLIER	
CHABROL		HEITZ-BOYER ..	
CHIRAY		MOGQUOT	Clinique chirurgicale.
DONZELOT	Clinique médicale.	MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		SCHWARTZ	
HARVIER		VELTER	
PASTEUR-VALLE- RY-RADOT			
SEZARY			
MM.			
ERALLE			
GUENIOT			
LE LORIER	Clinique obstétricale.		
LEVY-SOLAL			
METZGER			

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé ...	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE

*Faible témoignage de toute ma reconnaissance
et d'amour filial*

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BRINDEAU

Professeur de clinique obstétricale et gynécologique

à la Faculté de Médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

*Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et a bien voulu
nous faire l'honneur de la présider.*

Hommage de respect et de gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ADRIEN WEILL
Chef de Clinique à la Faculté

*Dont les bienveillants conseils nous ont été très précieux
Qu'il veuille trouver ici
l'expression de notre vive reconnaissance*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

CONSIDÉRATIONS SUR LA PRÉSENTATION DE L'ÉPAULE ET SON TRAITEMENT

I. — CONSIDERATIONS CLINIQUES

Les statistiques publiées dans ces dernières années, tant en France qu'à l'étranger, montrent en général une *diminution de la fréquence de la présentation de l'épaule*, diminution qui provient sans doute du fait que les femmes enceintes sont suivies et examinées dans les consultations prénatales. Mais, fait curieux, tandis qu'en France la présentation de l'épaule a fortement regressé du moins dans les grandes villes (à Paris on trouve une présentation de l'épaule sur trois cent soixante-quinze accouchements en moyenne (1), la fréquence à l'étranger reste encore assez élevée et dépasse en général 1 %.

Au point de vue étiologique, il existe, en pratique, deux catégories de présentations de l'épaule :

1° Les présentations de l'épaule, dites *symptomatiques*. Elles sont dues à des causes intra ou extra-utérines, qui empêchent l'accommodation normale du fœtus (fibrome, kyste juxta-utérin, placenta prævia, bassin génér. rétréci, utérus cordiforme ou à grand dia-

(1) Autrefois 1 sur 124, d'après Pinard.

mètre transverse, etc.; il s'y associe parfois de l'oligoamnios). Ces présentations sont surtout l'apanage des *primipares*; elles sont impossibles ou difficiles à réduire au cours de la grossesse. Aussi, la cause qui impose cette attitude vicieuse du fœtus, doit-elle principalement guider la thérapeutique, qui sera le plus souvent *chirurgicale* (césarienne).

2° Les présentations de l'épaule, dites *accidentelles*. Celles-ci de beaucoup les plus fréquentes, traduisent une absence d'accommodation du fœtus (utérus atone des grandes multipares à paroi abdominale flasque, fœtus prématuré et petit; grossesse gémellaire (1), etc.) Ces présentations accidentelles s'observent surtout chez les *multipares*; elles sont facilement réductibles pendant la gestation, exception faite de la grossesse gémellaire. Si l'épaule existe au moment du travail, son traitement est, dans les conditions normales, purement *obstétrical*, car la dystocie est ici uniquement liée à l'attitude vicieuse du fœtus.

Il est donc très important pour la direction du traitement de rechercher le facteur étiologique dans chaque cas. Malheureusement la cause nous échappe souvent en clinique. Dans ces cas, on doit se baser, pour le choix de l'intervention (version ou césarienne), sur la notion de la parité de la femme et surtout sur la qualité du bassin. Une présentation de l'épaule chez une primipare a toutes les chances d'être symptomatique, et l'opération césarienne à terme est la meilleure solution, pour éviter les risques d'une version pénible. Mais l'hésitation n'est

(1) D'après Max Hirsch, le premier jumeau se présente par l'épaule dans 1,6 % des cas, le deuxième jumeau dans 12 %.

plus permise lorsqu'on trouve un rétrécissement du bassin, même « limité », car la dystocie est alors très probable et finit par la mort du fœtus. (Dans notre série, il y a quatre cas de mort des fœtus par dystocie de la tête dernière.) L'opération césarienne est dans ce cas la seule solution possible.

Enfin, il y a une catégorie de cas, où ces directives générales ne peuvent être suivies : ce sont ceux, dans lesquels les présentations de l'épaule ont été « négligées » ou méconnues pendant plus ou moins longtemps au cours du travail, et où le nécessaire n'a pas été fait. On est alors débordé par les événements : la poche des eaux est rompue depuis longtemps (86 h. dans un cas de Reeb), l'utérus se rétracte et s'allonge, les contractions sont très fortes, il existe une procidence d'un bras ou des deux bras et du cordon, l'épaule est souvent fortement coincée; on constate une hémorragie par le vagin (possibilité de rupture), enfin la température et le pouls dépassent la normale. On se trouve alors obligé de terminer l'accouchement par une embryotomie, ou quelquefois, s'il existe une menace de rupture utérine, par une hystérectomie (extirpation en vase clos, Reeb). Dans les cas rares, où l'enfant est vivant, on fait la césarienne basse, car la version réussit rarement.

Guidés par ces notions générales de clinique, nous allons envisager le traitement obstétrical et chirurgical des présentations de l'épaule.

II. — TRAITEMENT OBSTETRICAL DES PRESENTATIONS DE L'EPAULE

L'accouchement spontané d'un enfant vivant et à terme n'existe pas pratiquement. Les rares cas cités dans la littérature sont des exceptions, qui confirment cette règle, et même dans l'accouchement prématuré, faut-il une série des conditions favorables (fortes contractions, large filière génitale, etc.), pour que l'un des trois modes de l'accouchement spontané ait lieu (1) (version spontanée, évolution spontanée, conduplicato corporé). Il faut donc toujours intervenir.

Nous avons vu que les présentations accidentelles des multipares (utérus relâché, hydramnios, fœtus prématuré, etc.) relèvent, le plus souvent, des procédés obstétricaux (versions, dilatation artificielle du col, symphyséotomie, embryotomie). La technique à choisir dépend des circonstances cliniques et du moment où l'on intervient.

Pendant la Grossesse

Il faut pratiquer la version par manœuvres externes, pour verticaliser le fœtus. On transformera ainsi la présentation de l'épaule en sommet ou, à son défaut,

(1) D'après Dreihier, sa fréquence est de 5,4 % de toutes les présentations transversales.

en siège (utérus légèrement cordiforme). Le fœtus sera fixé dans sa nouvelle attitude par une ceinture de Pinard à coussinets pneumatiques, ou simplement par un bandage de corps avec deux gros tampons latéraux. Si le fœtus n'est pas trop mobile et si la femme reste couchée, le résultat est souvent bon. En cas d'échec, on peut renouveler la tentative de réduction, mais, de préférence, sans avoir recours au chloroforme. Mais si l'on se heurte à des difficultés sérieuses (primipares, bassin rétréci, utérus mal formé, etc.), il ne faut pas insister, ces présentations symptomatiques doivent être opérées.

Pendant le Travail

I. — *Membranes intactes*

Attendre la dilatation complète, en respectant la poche des eaux, qui est souvent très volumineuse et risque de se rompre : donc toucher rarement la femme et avec prudence et pas pendant les contractions; lui recommander de rester allongée au lit, sans faire d'efforts.

De Lée et Kamniker conseillent d'introduire dans le vagin un ballon, qui par contre-pression, contribue à empêcher la rupture des membranes et peut même parfois activer la dilatation du col.

Quand la dilatation est complète, rompre artificiellement les membranes et faire la version par manœuvres internes, sous chloroforme.

Les résultats sont très bons, s'il n'existe pas d'obstacle à l'évolution et à l'extraction du fœtus. Mais si l'on a une dystocie de la tête dernière (rétrécissement méconnu du bassin ou trop grosse tête), la vie de l'enfant est gravement compromise, quoiqu'on fasse (manœuvre de

Mauriceau pénible, forceps, Zarate) et, en dernier ressort, on est parfois obligé de terminer par une embryotomie. Il importe donc d'examiner minutieusement le bassin, avant d'entreprendre la version.

II. — *Membranes rompues, utérus non rétracté*

a) Si la dilatation est *complète*, faire, avec prudence, la version par manœuvres internes (1).

b) Si la dilatation est à son début, la situation est grave, car on doit redouter la rétractation utérine avec toutes ses conséquences fâcheuses (asphyxie du fœtus, rupture, infection). On peut alors essayer une version par manœuvres externes, mais en cas d'échec, *la césarienne s'impose*, elle seule peut sauvegarder au mieux les intérêts de la mère et de l'enfant.

c) Si la dilatation est *incomplète*, la voie à suivre est plus discutée. Les procédés sont très nombreux, c'est assez dire leur valeur. Mais ils peuvent rendre parfois service, lorsqu'on se trouve loin d'une installation chirurgicale. Voyons ces méthodes et leurs indications :

1° *Le Ballon de Champetier de Ribes*. — Il a l'avantage de ne pas forcer le col. Mais la dilatation est très lente, elle ne réussit pas toujours et elle expose à la rétraction de l'utérus.

2° *La dilatation bimanuelle du col* ou les *incisions*, suivies de *version séparée*, c'est-à-dire sans extraction immédiate. C'est une méthode plus rapide, qui n'est de

(1) *Lorenzo Díaz* (Cron. med. Lima, sept. 1931), recommande, avant de faire la version, d'introduire dans la cavité utérine 400 cc. de sérum salé tiède, par petites quantités de 20 cc. à l'aide d'une sonde de Nelaton. Ce procédé aurait beaucoup facilité à l'auteur l'intervention dans 77 cas (6 enfants vivants).

mise que dans le cas d'un col très souple des multipares avec une dilatation assez avancée. A défaut de ces conditions, la dilatation artificielle expose aux déchirures graves du col et du segment inférieur.

3° *La version séparée*, si l'on peut entrer la main. On abaisse un pied à la vulve et on attend que la dilatation s'achève.

4° *La version bipolaire de Braxton-Hicks*. — Elle permet de faire évoluer le fœtus, lorsque le col laisse passer 2 ou 3 doigts seulement. C'est une manœuvre qui est assez difficile à réaliser en pratique et qui est, de plus, très meurtrière pour le fœtus (dans 80 % des cas). Mais on est amené à utiliser cette méthode, quand on est loin de toute installation chirurgicale ou obstétricale, et qu'on doit parer à un danger imminent de rupture.

5° *La dilatation manuelle sous rachianesthésie, suivie de version-extraction*. (Méthode de Delmas.)

On sait, depuis les travaux de MM. Brindeau et Lantuejoul (1925), qu'à côté de l'action analgésiante et de la rétraction du corps utérin, la rachianesthésie détermine une paralysie du col, du vagin et du périnée, facilitant ainsi la dilatation, qui se fait en quelques minutes, et l'extraction immédiate du fœtus. M. Brindeau disait du col, qu'il est dilatable après la rachianesthésie, « pourvu qu'il ait été déjà pas mal dilaté ». Par contre, pour M. Delmas, les conditions de dilatabilité seraient identiques, même chez la femme en dehors du travail, avec un col long et fermé. De sorte, qu'il préconise la dilatation manuelle sous rachianesthésie, comme méthode propre et originelle d'évacuation extemporanée de l'utérus, qui « vise la fin de la grossesse ».

Tentée dans de telles conditions, cette méthode a donné des beaux succès, il est vrai, mais dans beaucoup de cas aussi elle a causé des déchirures d'étendue et de gravité variables.

Certains accoucheurs ont essayé la rachianesthésie pour terminer rapidement l'accouchement dans la présentation de l'épaule. Presque tous ont signalé, après une dilatation facile, une version pénible, à cause de la contracture du corps utérin. Pourtant la version est souvent possible, si la poche des eaux est intacte, jusqu'au moment de l'intervention et si l'utérus est *souple*. Par contre, si les membranes sont rompues depuis quelque temps, la version risque d'être très laborieuse ou de provoquer la rupture utérine, par suite de la forte rétraction, qui augmente sous l'influence de la rachianesthésie. C'est dans de telles conditions, qu'on a vu se produire des hémorragies importantes, quelquefois mortelles, tard après la délivrance ou même pendant les suites des couches (Metzger, Le Lorier, Audebert, etc.) (1). L'origine de ces hémorragies est encore obscure : s'agirait-il d'une inertie brusque après une phase d'hypertonie souvent constatée, ou plutôt d'une rupture ou fissure méconnue ?

M. Delmas a d'ailleurs lui-même insisté sur la rapidité de la rétraction utérine après rachianesthésie et recommandé de « ruser de vitesse » avec le muscle. Mais il semble plus prudent de s'en tenir à l'avis formel exprimé jadis par M. Brindeau en ces termes : « Il y a des contre-indications à l'anesthésie rachidienne, dont la rétraction utérine, chez une femme en travail depuis long-

(1) Voir *Revue Fr. de Gyn. et d'Obst.*, janvier et mai 1929.

temps, avec membranes rompues, chez laquelle il y a lieu de faire la version. » Quant à l'emploi de la rachianesthésie, suivie de version, chez une femme dont l'utérus n'est pas rétracté jusqu'au moment de l'intervention, la question est loin d'être résolue et la réserve paraît être prudente, jusqu'à nouvel ordre.

Toutes ces méthodes ont l'inconvénient commun d'être très aléatoires, elles mettent très souvent en jeu la vie de l'enfant (1) et ne sont pas sans quelques dangers pour la mère (lésions du col et du S. I., hémorragies, rétraction utérine). Il faut donc les tenter avec beaucoup de précautions et se tenir prêt à intervenir, par voie abdominale, lorsque, à la dilatation complète, la version sera devenue impossible, par suite de la rétraction utérine, l'enfant étant encore vivant. Mais en présence d'une complication grave telle que procidence du cordon, souffrance du fœtus, résistance du col et début d'infection, etc., il ne faut pas hésiter à recourir d'emblée à l'*opération césarienne*. . .

III. — *Membranes rompues depuis longtemps, dilatation complète ou incomplète, utérus rétracté*

a) Si l'enfant est vivant et en bon état (ce qui est assez rare en pratique), certains accoucheurs autorisent des « tentatives timides » (avec morphine et chloroforme) de version séparée ou suivie d'extraction, suivant l'état de la dilatation (Metzger, etc.). Mais si la rétraction persiste malgré l'anesthésie et si on rencontre tant soit peu de difficultés, il est prudent de ne pas insister, car il y a danger de rupture utérine. Dans ce cas la césarienne s'impose.

(1) D'après Chatunzef, la mortalité infantile par ces procédés s'élève à 40 %.

b) Mais le plus souvent, quand l'utérus est tétanisé, l'enfant a succombé par trouble de la circulation utéro-placentaire. Dans cette présentation « négligée », lorsque le cou est bien accessible sous anesthésie générale, le segment inférieur pas trop distendu, *l'embryotomie rachidienne*, à l'aide des ciseaux de Dubois (de préférence sans crochets de Braun, qui sont parfois traumatisants, d'après Reeb), est l'opération de choix. Il faut mettre beaucoup de douceur dans ces manœuvres, afin d'éviter la rupture utérine.

De Lée considère *l'éviscération*, comme moins dangereuse que l'embryotomie, car elle nécessite une moindre pénétration de la main et de l'avant-bras dans l'utérus.

Mais il faut savoir renoncer à toute embryotomie, lorsqu'il y a un danger de rupture, par suite de distension excessive du segment inférieur, avec début d'infection, et ne pas hésiter alors à recourir à *l'opération césarienne*, qui sera le plus souvent mutilatrice.

Enfin il semble aujourd'hui que la version, l'enfant étant mort, n'est pas absolument à rejeter dans les conditions favorables. M. Reeb estime que si l'utérus se relâche bien sous anesthésie générale et si le segment inférieur n'est pas distendu, la version peut et doit être tentée, avec douceur naturellement, car si elle réussit, elle est bien moins traumatisante et moins infectante qu'une embryotomie.

Après toute intervention par voie vaginale, une révision minutieuse de la filière génitale est absolument nécessaire, afin de ne pas être surpris plus tard par des incidents graves, dus à une rupture méconnue. La révision est généralement suivie d'une injection intra-utérine, iodo-iodurée.

Enfin, en cas de rupture utérine ou d'infection profonde avec température élevée et pouls rapide, il faut procéder d'urgence à une hystérectomie.

III. — TRAITEMENT CHIRURGICAL DES PRESENTATIONS DE L'EPAULE

La vieille *césarienne corporéale*, qui ne peut être pratiquée avec sécurité, que dans les cas purs, c'est-à-dire à la fin de la grossesse ou tout à fait au début du travail (Bar) est aujourd'hui à peu près complètement abandonnée en obstétrique. C'est la *césarienne supra-symphysaire* qui a pris sa place; elle est devenue « classique », depuis que MM. Brindeau et Schikelé l'ont lancée en France (en 1924), en montrant son immense avantage, qui est celui de pouvoir s'attaquer sans risques d'infection aux cas « impurs », c'est-à-dire chez les femmes en travail depuis longtemps, les membranes étant rompues et la température plus ou moins élevée (38°, 38°5).

La pratique sur une grande échelle des césariennes basses est venue ensuite confirmer la réalité de ces avantages considérables, qui ont été magistralement exposés par M. Brindeau (1) : la mortalité par péritonite secondaire est très rare, du fait de la situation basse de l'incision et de sa meilleure péritonisation, il existe tout au plus des suppurations pelviennes qui sont bénignes et accessibles à l'intervention; la suture, portant sur un segment non contractile, donne une cicatrice solide, dont la rupture au cours des grossesses ultérieures, est

(1) M. Brindeau : La césarienne basse. Leçon du jeudi soir à la Clinique Tarnier, 1926.

infiniment rare, absence des désunions opératoires, absence des adhérences; enfin la femme n'est pas shokée après l'opération, car l'utérus n'est pas extériorisé et on ne touche pas aux anses intestinales.

Pratiquée de même dans les cas « impurs » si fréquents dans la présentation de l'épaule, la césarienne basse a donné des résultats excellents, avec mortalité opératoire nulle. Elle a permis ainsi de réduire au minimum les risques de l'accouchement pour la mère et l'enfant, dans les cas les plus difficiles.

On comprend donc pourquoi les indications du traitement chirurgical des présentations de l'épaule ont pris dans ces dernières années une énorme extension : sur les 20 femmes de notre statistique, arrivées dans le service avec fœtus vivant in-utéro (dont plusieurs en travail depuis un certain temps), 11 ont été opérées (9 césariennes basses) avec résultats excellents pour la mère et l'enfant. A remarquer que le nombre des femmes opérées dans cette série aurait pu être plus grand, si l'on n'avait pas méconnu 3 cas de rétrécissements du bassin et 1 cas de disproportion fœto-pelvienne (gros enfant), qui ont donné lieu à une dystocie de la tête dernière, entraînant la mort des enfants.

Voici maintenant dans quels cas des présentations de l'épaule on doit recourir à l'opération césarienne suivie ou non d'hystérectomie :

1° Lorsqu'il y a présentation irréductible, c'est-à-dire présentation symptomatique, qui s'observe souvent chez les primipares (utérus mal formé, placenta praevia, fibrome, kyste, bassin rétréci, etc.).

2° Lors de la résistance du col à la dilatation (rigidité, sclérose), ou dans le cas de rupture précoce des membranes.

3° S'il y a souffrance du fœtus ou procidence du cordon, avec dilatation insuffisante du col.

4° Lorsque la rétraction ou la contracture excessives de l'utérus rendent impossible ou trop dangereuse l'extraction du fœtus, soit par version, soit par embryotomie rachidienne. A plus forte raison, lorsqu'il y a menace de rupture utérine.

5° En cas de rupture utérine (hystérectomie).

6° Lorsqu'il y a infection profonde, avec température élevée, pouls rapide : hystérectomie (M. Brindeau).

7° Enfin, lorsqu'il existe un rétrécissement « limite » du bassin.

IV. — PRONOSTIC

Depuis que l'obstétrique s'est orientée vers le traitement chirurgical, le pronostic des présentations de l'épaule s'est considérablement amélioré, tant pour la mère que pour l'enfant.

a) La *mortalité maternelle*, qui était classiquement de 10 % environ, est tombée dans les maternités de Paris à une moyenne de 3,5 %. Ce reliquat de mortalité est dû uniquement aux interventions par voie basse et surtout à l'embryotomie, qui, pratiquée dans des mauvaises conditions (température élevée, utérus contracturé), provoque souvent la rupture utérine ou l'infection. Dans notre série de cas il en est un, très rare en pratique, de mort par hémorragie interne, consécutive à une symphyséotomie à la Zarate.

Par contre, la *morbidity maternelle*, qui était autrefois de 20 %, reste encore assez élevée. Dans 10 à 12 % de cas, on observe encore des suites de couches pathologiques, qui sont le plus souvent à la charge de l'accouchement par voie vaginale (rupture utérine, infection puerpérale, hémorragies de la délivrance, phlébite, pyélonéphrite, abcès pelviens). Plus rarement la césarienne basse peut déterminer une suppuration pelvienne ou une phlébite, lorsqu'elle est pratiquée chez les femmes infectées.

b) La *mortalité fœtale*, qui est de 50 % en moyenne,

n'est élevée qu'à cause de l'importante proportion des prématurés non viables (pesant moins de 2.000 gr.) et fœtus morts *in utero* avant l'arrivée dans le service. Si on élimine ces cas, sur lesquels le traitement n'a aucune influence, on trouve une mortalité beaucoup plus réduite (15 % en moyenne).

Le progrès est évident, si l'on considère qu'avant l'ère chirurgicale, la mortalité fœtale « réduite » était de 30 % (H. Martius). Le reliquat de 15 % de mortalité est dû surtout aux rétrécissements « limite » méconnus du bassin, qui par la dystocie de la tête dernière compliquent une version, déjà traumatisante pour le fœtus.

Enfin, la morbidité fœtale qui était autrefois de 20 % est tombée aujourd'hui à 10 % en moyenne (fractures, luxations, enfoncements crâniens, etc.).

Reste maintenant à envisager une question, importante au point de vue pratique, à savoir, quel est le pronostic de l'accouchement par voie vaginale, et celui de l'accouchement par voie abdominale. Pour cela, rapportons-nous à quelques-unes des statistiques importantes, qui ont été publiées à l'étranger tout récemment.

Dans celle de Chatunzef, de Kief (1932), qui porte sur 500 cas de présentations de l'épaule (fréquence 1,3 %), on trouve : 56 cas *d'embryotomies* pour présentations « négligées », avec 17 % de mortalité maternelle; 224 *versions* pour enfants *viables*, avec mortalité maternelle de 0,9 % et mortalité fœtale de 12 %. Les causes de cette mortalité sont dues à ce que, dans 76 cas, il y avait *rupture précoce des membranes*. Sur ces 76 cas il y eut 2,6 % mortalité maternelle et 34 % de mortalité fœtale. Par contre, 13 *opérations césariennes* pratiquées pour bassins G. R. et placenta *prævia* (deux fois seule-

ment pour rupture précoce des membranes) ont donné de très bons résultats.

Eastman, de Baltimore (1932), rapporte 49 cas de versions pour enfants viables, avec une mortalité maternelle de 3,4 % et une mortalité fœtale de 42 % (les causes : rupture précoce des membranes, procidence du cordon, contracture utérine, placenta prævia); dans 21 cas d'opérations césariennes, la mortalité maternelle et fœtale est tombée à 0.

Enfin, Max Hirsch, de Berlin, a publié en 1928 une importante statistique, qui porte sur une série continue d'environ *trois millions* d'accouchements, faits dans le pays de Baden de 1870 à 1925. La fréquence des présentations de l'épaule y est en moyenne de 1,2 %, et voici les résultats de leur traitement :

Les *versions* ont donné pendant les vingt dernières années une mortalité maternelle moyenne de 1,8 % et une mortalité fœtale de 27,2 %.

La morbidité maternelle était de 25 %, la morbidité fœtale de 20 %.

Par contre, 401 cas d'opérations césariennes, qui ont été pratiquées dans les cliniques de Berlin et de Breslau, ont donné une mortalité maternelle de 1,7 % et une mortalité fœtale de 2,5 %.

Il ressort de l'examen de ces statistiques, que les différences constatées entre le pronostic de l'accouchement par voie vaginale et celui de l'accouchement par voie abdominale sont considérables; d'une part, une mortalité maternelle de 2 à 3 % et une mortalité fœtale de 30 % (H. Martius), et à l'opposé, une mortalité maternelle et fœtale nulle ou très faible !

Grâce aux perfectionnements de la technique opératoire et surtout depuis qu'on pratique la césarienne basse, les résultats du traitement chirurgical sont devenus beaucoup meilleurs et la mortalité est aujourd'hui presque nulle. C'est ainsi que, sur 24 césariennes, qui ont été pratiquées à la Clinique Tarnier de 1922 à 1934 pour 100 présentations de l'épaule, la mortalité maternelle et fœtale est égale à 0. Tandis que les versions ont donné une mortalité maternelle de 4 % et une mortalité fœtale d'environ 30 %.

Ainsi apparaît nettement la directive à suivre pour le traitement des présentations de l'épaule, si l'on veut améliorer le pronostic, qui reste d'ailleurs encore assez sombre :

La *version* reste le traitement de choix dans les présentations de l'épaule à dystocie simple, qui évoluent jusqu'à la dilatation complète, sans rupture précoce des membranes. Lorsque la version est rendue difficile ou dangereuse par des complications, c'est *l'accouchement par voie abdominale*, qui donnera les meilleurs résultats.

Pour éviter les *dangers d'embryotomies*, dans les cas profondément infectés ou avec menace de rupture utérine (épaule négligée), on pourra être appelé à terminer l'accouchement par une *hystérectomie*.

V. — OBSERVATIONS

Sommaire

Nous avons relevé 28 cas de présentations de l'épaule sur un ensemble de 11.000 accouchements environ, qui ont été pratiqués à la Clinique Tarnier de 1931 à 1934 inclus.

Leur mode d'accouchement a été comme suit :

11 *césariennes*, pour indications diverses (4 fois placenta prævia, 2 bassins viciés, 1 utérus cordiforme avec bassin G. R., 1 fibrome, 1 présentation irréductible et itérative, 2 cas de sclérose et rigidité du col). Parmi ces 11 femmes opérées, 5 étaient des primipares.

Résultats excellents pour les femmes et les enfants.

13 *versions* par manœuvres internes : 11 *multipares* (dont 1 fibrome, 2 hydramnios, 1 gémellaire, 1 enfant prématuré, 1 placenta prævia) et 2 *primipares* (1 gémellaire, 1 bassin rétréci).

3 *embryotomies* : 2 fois pour enfants morts au cours du travail, 1 fois après version et extraction impossible de la tête (bassin rétréci).

1 *cas de conducatu corporé* — enfant mort-né de 6 mois.

Le *pronostic*, qui est excellent avec les césariennes, devient sombre à la suite des interventions par voie basse.

a) *Pronostic maternel* : une femme *décédée*, à la suite d'un Zarate; 1 cas de suppuration pelvienne d'origine inconnue (version ?), 1 cas de rupture du S. I. après embryotomie cervicale (hystérectomie), 1 hémorragie de la délivrance (fibrome).

b) *Pronostic fœtal* : 16 enfants vivants et 12 morts.

La mortalité imputable aux versions est égale à 45 % (4 cas de mort sur 9 versions, pratiquées pour enfants viables).

2 cas de fractures (clavicule, humérus).

Operations Césariennes

OBSERVATION 1. — 13 juin 1931. — B. (Blanche), II p., 35 ans.
D.R. : 15 septembre. A terme.

Césarienne basse pour placenta prævia et présentation de l'épaule (M. Vandescal). Délivrance avant l'extraction. A. F. pesant 570 gr. Fille vivante, pesant 3.150 gr. Rachianesthésie. Suites de couches normales.

OBSERVATION 2. — 28 novembre 1931. — Y. (Jeanne), VIII p., 40 ans. Grossesse de 8 mois.

Présentation de l'épaule et placenta prævia (hémorragies). Pas de travail, grosse rétraction utérine. Bruits de cœur irréguliers.

Césarienne basse sous rachianesthésie. Décollement vésical difficile, à cause de la grosse vascularisation de la région. La face ant. du S. I. est bosselée de grosses veines. Incision du S. I. Hémorragies notables. On tombe sur le placenta, qu'on doit traverser. Garçon vivant pesant 3.100 gr. Délivrance par expression, 550 gr. La partie inférieure de l'incision saigne encore. Hypophyse, ergotine. L'hémorragie cesse, la rétrac-

tion est parfaite. Ligature et section des trompes. L'utérus est bicorne, mais la corne non gravide est atrophiée.

OBSERVATION 3. — 9 mai 1931. — L. (Jeanne), I p., 43 ans.
D.R. 17 juillet. A terme.

Césarienne suivie d'hystérectomie pour *fibrome* et présentation de l'épaule (M. Brindeau). Rachianesthésie. Garçon vivant, pesant 3.000 gr. Délivrance immédiate, 570 gr. Suites opératoires normales.

OBSERVATION 4. — 17 novembre 1932. — D. (Georgette), IV p., 34 ans. D.R. 10 au 15 janvier.

Césarienne basse pour *scélérose du col* (incisé à un accouchement antérieur), absence de dilatation et présentation transversale dans un *utérus cordiforme*. Extraction d'un garçon vivant, pesant 3.350 gr. Délivrance artificielle pour adhérences avec l'endomètre, 590 gr. Revision de la cavité utérine, suivie de iodage. Rachianesthésie. Opérateur, M. Weill.

Après la césarienne, malgré la Rachi, le col reste très sténosé, et il faut le dilater avec une pince languette, pour assurer l'écoulement des lochies. Suites de couches normales.

OBSERVATION 5. — 28 août 1933. — P. (Yvonne), I p., 29 ans.
D.R. du 11 novembre.

Femme arrivée de la ville, en travail depuis 30 heures, température 38°2. Utérus tendu et dur, dont le palper est difficile. *Poche des eaux très tendue*, permettant difficilement de juger de la présentation. Dilatation 2 f. Bdc. rapides, irréguliers. Diagnostic hésitant entre siège, gémellaire ou épaule. Spasmalgine. Deux heures après, rupture précoce des membranes. Au toucher, on tombe sur un coude et le gril costal. Bdc. rapides. Morphine. Césarienne basse sous rachianesthésie (M. Dormay). Pour trouver un pied, on est obligé d'inciser le corps utérin de 3 travers de doigts. Extraction d'un garçon né en état syncopal, ranimé après 40' de soins, pesant 3.150 gr. A. F. pesant 420 gr. Fermeture habituelle de l'utérus et de la paroi, sans drainage. Suites opératoires fébriles (39°), pendant 3 jours, normales ensuite.

OBSERVATION 6. — 8 juillet 1933. — G. (Germaine), I p., 29 ans. D.R. du 20 au 25 octobre. 8 mois.

Césarienne supra-symphysaire (M. Brindeau) pour présentation transversale et *placenta prævia*. Fille vivante, pesant 2.600 gr. Délivrance par expression, 450 gr.

OBSERVATION 7. — 5 avril 1934. — L. (Léa), II p., 26 ans. D.R. du 14-25 juillet.

Césarienne corporéale itérative pour présentation de l'épaule (la première césarienne haute en 1931 pour même présentation). Femme en travail, à terme. Fille vivante, pesant 3.100 gr. Rachis et balsoforme. Opérateurs : MM. Lantuejoul et Weill.

OBSERVATION 8. — 27 avril 1934. — B. (Juliette), II p., 29 ans. D.R. du 19 au 23 juillet 1933.

Césarienne basse pour présentation *irréductible* de l'épaule avec bassin. G. R. (promontoire min. 9 cm. 3), chez une femme ayant accouchée en 1932, d'un enfant mort à sa naissance (?). Femme en travail, à terme, avec dilatation de grande paume et membranes intactes. Il est difficile d'extraire la tête, qui est incarcérée dans la corne gauche (utérus *cordiforme*). Garçon vivant, pesant 2.670 gr. Délivrance par expression, 460 gr. Rachianesthésie. Opérateur : M. Weill. Suites de couches normales.

OBSERVATION 9. — 15 juin 1934. — R. (Marie), I p., 24 ans. D.R. du 27 au 30 septembre 1933.

Césarienne basse (M. Weill) chez une I p. présentant un bassin G. R. aplati et étagé et présentation de l'épaule. Incision du S. I. mal formé. Décollement du péritoine difficile. Extraction d'une fille vivante, pesant 3.500 gr. Délivrance immédiate, 920 gr. Suites opératoires normales.

OBSERVATION 10. — 9 juillet 1934. — H. (Hélène), I p., 31 ans. D.R. 6-10 septembre 1933.

Césarienne basse pour présentation de l'épaule chez une I p. en travail depuis 36 heures avec *dilatation minime* et

stationnaire. *Bassin rachitique cypho-scoliotique*, mais peu rétréci (présentation mal centrée au cours de la gestation). Membranes intactes, utérus déjà rétracté sur le fœtus. La quantité de liquide dans l'œuf est quasi nulle et fortement teinté par le meconium (anse de cordon, siégeant entre la tête et le S. I.). Extraction simple d'un garçon vivant, pesant 3.160 gr. (2 doigts accolés et 1 pied préhenseur). A.F., 440 gr. Opérateurs : MM. Brindeau et Weill. Suites opératoires sub-fébriles pendant quelques jours.

OBSERVATION 11. — 23 octobre 1934. — O. (Martina), II p., 35 ans. D.R. 24-27 février. 7 mois 3/4.

Césarienne basse pour placenta prævia (hémorragies intermittentes depuis 8 jours) chez une femme non en travail, avec présentation de l'épaule. Pendant l'incision du S. I. il se produit une hémorragie importante en nappe, qui diminue après l'extraction facile d'un garçon vivant, pesant 2.700 gr. Délivrance par expression, 700 gr. Placenta épais et congestionné, qui était en grande partie décollé. Rachi puis éther. Opérateurs : MM. Brindeau et Lantuejoul. Suites normales.

Versions par manœuvres internes

OBSERVATION 1. — 16 février 1931. — G. (Anne), V p., 31 ans. 7 mois et demi.

Présentation de l'épaule, membranes rompues, dilatation grande paume, enfant mort. On complète sous chloroforme la dilatation et on abaisse facilement les pieds. Grande extraction du siège. Fille morte-née, pesant 2.750 gr. D. A., 650 gr. Revision et injection intra-utérine. Suites normales.

OBSERVATION 2. — 4 mars 1931. — C. (Henriette), II p., 24 ans. 7 mois.

Version par manœuvres internes pour présentation de l'épaule gauche en dorso-antérieure. Extraction d'un garçon mort et macéré, pesant 2.170 gr. D. N., 450 gr.

Placenta chair à saucisses. Wasserman et Hecht suspects.

OBSERVATION 3. — 15 mai 1931. — M. (Emilie), II p., 35 ans.
D.R. 22 août. 8 mois un quart.

Gémellaire univitelline chez une femme albuminurique (albumine, 4 gr.; T. A. Vaquez, 17 1/2-12). Premier accouchement : siège décomplété. Fille vivante pesant 2.730 gr. Deuxième accouchement : présentation de l'épaule. Version. Extraction d'une fille vivante pesant 1.020 gr. (*décédée* le quatrième jour). D. N., 680 gr. Suites de couches normales. (Albumine, 0 gr. 40; T. A. 13-9.)

OBSERVATION 4. — 16 mai 1931. — F. (Simone), III p., 22 ans.
D.R. 28 août. 8 mois et demi.

Malgré une réduction faite au début du travail, la présentation de l'épaule se reproduit à la dilatation complète. Version par manœuvres internes. Extraction d'un garçon vivant (ranimé) pesant 2.190 gr. D. A., 550 gr. Suites de couches normales.

OBSERVATION 5. — 19 novembre 1931. — P. (Hélène), II p., 23 ans. D.R. 26 mars. 8 mois.

A l'arrivée, présentation de l'épaule chez une femme en travail, depuis 22 heures, ayant fait une hémorragie par *insertion marginale* de placenta, compliquée d'hématome rétro-placentaire et d'albuminurie massive. Abaissement du pied à la vulve (M. Brindeau). L'hémorragie s'arrête. Accouchement naturel en S.I.G.A. Garçon mort-né, pesant 2.665 gr. D.N. sans hémorragie. Placenta déchiqueté, « truffé ».

OBSERVATION 6. — 6 mars 1932. — P. (Augustine), I p., 25 ans.
D.R. 4 septembre. 6 mois.

Grossesse gémellaire bivitelline (à hérédité directe), avec excès de liquide et hémorragies. Rupture artificielle des membranes. Les hémorragies s'arrêtent. On attend avec morphine la dilatation complète. Version et extraction du premier jumeau, qui se présente par l'épaule : enfant mort-né pesant 1.000 gr. D. A., 300 gr. Placenta chair à saucisses. Dix minutes après, extraction du deuxième jumeau débile, pesant 1.110 gr. (siège). D. A. 250 gr.

Comme les suites de couches sont fébriles (38°, 39°), on fait le 23 mars une laparotomie exploratrice, qui montre une suppuration pelvienne, avec phlegmons des ligaments larges et adhérences nombreuses très rouges. Résection partielle de l'épiploon, évacuation des poches purulentes et drainage. La température se régularise ensuite très lentement.

OBSERVATION 7. — 27 mars 1932. — G. (Eugénie), X p., 42 ans.
A terme.

Dans les antécédents : version pour présentation transversale. Version. Liquide fortement teinté de mecohium. Extraction d'un garçon vivant pesant 4.000 gr. D. A., 690 gr. Fracture du tiers supérieur de l'humérus. Suites de couches normales.

OBSERVATION 8. — 8 octobre 1933. — A. (Marie), IV p. de 34 ans. D.R. 20-25 décembre.

Présentation de l'épaule avec procidence d'un bras et du cordon. On refoule le bras procident et on atteint très difficilement le pied antérieur. Evolution facile. Fille ranimée, pesant 2.730 gr. D. N., 400 gr. Injection intra-utérine. 60 gr. de sérum de Vincent. Suites de couches normales.

OBSERVATION 9. — 29 octobre. — P. (Hélène), I p., 24 ans.
D.R. 17-18 janvier. A terme.

A dilatation complète, la poche des eaux bombe et on sent balloter de petites parties sans pouvoir les préciser. On rompt les membranes, qui laissent écouler un liquide fortement teinté. Version podalique pour présentation de l'épaule. Extraction facile du tronc, épaules. Forceps sur tête dernière, puis on termine par un *Mauriceau très pénible*. Garçon pesant 2.600 gr., *n'ayant pu être ranimé*, malgré une heure de soins. D.N., 500 gr.

OBSERVATION 10. — 27 décembre 1933. — D. (Marie), III p., 26 ans. D.R. 20-25 mars. *A terme.*

Version par manœuvre interne à dilatation complète et

membranes intactes, pour présentation transverse avec *excès de liquide*. Extraction d'une fille vivante pesant 3.400 gr. D.N., 520 gr. Revision utérine suivie d'injection. Suites normales.

OBSERVATION 11. — 21 janvier 1934. — B. (Marthe), IV p., 35 ans. D.R. 8-12 avril. A terme.

Présentation de l'épaule avec *excès de liquide*, chez une femme en travail depuis 8 heures, avec une dilatation presque complète, poche des eaux intacte et Bdc. modifiés. On pénètre difficilement dans le vagin, l'ogive pubienne étant *très fermée*. Abaissement facile du pied antérieur, difficultés pour dégager le bras et la tête. Episiotomie. Enfant n'ayant pu être ranimé. D. A. Injection intra-utérine. Glace. Suites de couches normales.

OBSERVATION 12. — 4 septembre 1934. — S. (Marie), III p., 33 ans. D.R. 13-18 novembre.

Présentation de l'épaule avec excès de liquide. Version podalique à la dilation complète. La tête, retenue au-dessus du détroit supérieur, ne s'engage pas. Symphyséotomie à la Zarate (M. Weill), suivie immédiatement de l'accouchement de la tête. *Enfant, n'ayant pu être ranimé*, pesant 4.120 gr. Son diamètre bitemp. = 10 cm. 8. D. N., 680 gr.

La femme est *décédée* 2 jours après l'accouchement, à la suite d'anémie croissante et d'un état de shok. A l'autopsie on a trouvé un énorme hématome rétro-péritonéal, s'étendant jusqu'à la région lombaire.

OBSERVATION 13. — 12 novembre 1934. — B. (Fernande), VI p., 34 ans. D.R. 18-25 janvier.

Dans les antécédents : 3 accouchements par le siège. Présentation de l'épaule, reconnue seulement après la rupture spontanée des membranes. Version, compliquée par une dystocie aux épaules (fracture de la clavicule). Fille vivante, pesant 3.500 gr. Hémorragie importante, par inertie utérine. La délivrance artificielle permet de reconnaître un *fibrome* du volume de deux poings, siégeant au fond de l'utérus. Suites de couches normales.

Embryotomies

OBSERVATION 1. — 18 mars 1933. — R. (Emma), I p., 30 ans.

D.R. 13-16 juillet. 8 mois.

Présentation de l'épaule, dont le diagnostic n'a pu être fait au cours de la grossesse, le palper étant impossible, à cause de l'obésité de la femme, et le toucher restant toujours négatif. Le coude tombe dans le col. Dilatation, petite paume. *Vagin extrêmement étroit*. Détroit inférieur osseux rétréci, ogive pubienne fermée. Membranes rompues. *Enfant mort*.

Sous anesthésie générale, on complète facilement la dilatation. Version podalique. Dystocie aux épaules, qui sont coincées au D. S. Il est quasi impossible d'introduire la main entre le tronc du fœtus et le vagin, pour abaisser le bras. *Eviscération*. Section du thorax. Abaissement pénible des bras. *Craniotomie*. Poids de l'enfant, 2.480 gr. Revision utérine (M. Brindeau).

OBSERVATION 2. — 11 septembre 1933. — S. (Marie), II p.,

25 ans. *D.R.* 28-31 octobre. A terme.

Version par manœuvre interne pour présentation de l'épaule, à dilatation complète, membranes intactes. *Mauriceau impossible*. On doit pratiquer une embryotomie rachidienne. Fille pesant 3.400 gr. D.N.C. Déchirure du périnée (crins prof. et superf.). Suites de couches subfébriles pendant 5 jours.

OBSERVATION 3. — 7 mars 1931. — M. (Rachel), VI p., 32 ans.

D.R. 28 juin. 8 mois.

Présentation de l'épaule droite en dorso-post., *auscultation négative*, poche des eaux rompue depuis 11 heures, utérus contracté, calmé un peu par morphine et spasmalgine. Pose de crochet de Braun. *Décollation* de la tête. Extraction facile du tronc et de la tête dernière. Garçon pesant 2.630 gr. Deux heures après, en essayant de faire la délivrance artificielle pour mauvais état général, on constate une *rupture du S. I.*, qui s'étend jusqu'à l'anneau de rétraction. *Hystérectomie totale* et Mikuliez. 500 cc. sérum adréaliné I. V. 500 cc. de sérum sous-cutané. Huile camphrée. Suites opératoires normales.

CONCLUSIONS

1. — Les présentations de l'épaule ont nettement diminué de fréquence dans ces dernières années (à Paris 1/375; à l'étranger 1/100 environ). Dans la pratique, on en rencontre deux catégories, qui diffèrent au point de vue étiologique et thérapeutique :

a) Les présentations de l'épaule, dites *symptomatiques*, *ques*, qui s'observent surtout chez les primipares (utérus malformé, tumeurs ou placenta prævia, bassin G. R., etc.). Ces présentations, qui sont le plus souvent irréductibles, réclament un traitement *chirurgical*.

b) Les présentations de l'épaule, dites *accidentelles*, des multipares (utérus atone, hydramnios, fœtus prématuré, etc.). Celles-ci sont très souvent faciles à réduire et à maintenir dans l'attitude verticale pendant la grossesse. Lorsqu'elles existent au cours du travail, elles relèvent alors, dans les conditions *normales*, du traitement *obstétrical*, par voie vaginale.

2. — Le traitement *obstétrical* (versions, dilatation artificielle du col, embryotomie) donne des bons résultats, lorsque l'utérus n'est pas rétracté, le col est complètement dilaté, ou, au moins, facilement dilatable (col souple des multipares). De plus, une version-extraction entreprise pour enfant vivant, exige, pour être réussie, un bassin normalement conformé. Que le bassin soit tant soit peu rétréci, on risque de rencontrer une dystocie de la tête dernière, qui compromet gravement la vie de l'enfant.

3. — La technique opératoire a été beaucoup perfectionnée dans ces dernières années, grâce surtout à la césarienne basse, aussi les résultats sont-ils aujourd'hui excellents.

Le traitement *chirurgical* doit être réservé aux présentations dites symptomatiques, à dystocie complexe, et à certains cas, dans lesquels les interventions par voie vaginale feraient courir un risque grave à la mère et à l'enfant (rupture précoce des membranes, rigidité ou sclérose du col, présentations « négligées » avec infection profonde ou menace de rupture, etc.).

4. — Grâce à l'évolution chirurgicale de l'obstétrique, le *pronostic* des présentations de l'épaule s'est considérablement amélioré. Mais il subsiste encore une mortalité non négligeable (maternelle 3,5 %, fœtale 15 % env.), qui est entièrement à la charge des interventions par voie vaginale, pratiquées dans des mauvaises conditions.

Pour supprimer ou diminuer les risques de l'accouchement par voie vaginale, il importe de recourir, plus souvent qu'on ne le fait, au traitement chirurgical dans les présentations de l'épaule compliquées ou négligées.

Il résulte, en effet, de l'examen des diverses statistiques, publiées récemment en France et à l'étranger, que les résultats de l'accouchement par voie abdominale sont toujours excellents, tandis que le pronostic de l'accouchement par voie vaginale est, au contraire, souvent sombre (mortalité maternelle 2 à 3 %, mortalité fœtale 30 % environ).

VU, le Doyen :

G. ROUSSY.

VU, le Président :

BRINDEAU.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER,
Le Recteur de l'Académie de Paris :
CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- BRINDEAU. — La pratique de l'art des accouchements, 1927.
 — La césarienne basse. Cours du jeudi soir à la Clinique Tarnier, 1927. — La césarienne basse. Iconographie de la Clinique Tarnier, 1934. — La rachianesthésie en obstétrique. Cours du jeudi soir, 1925.
- BERGER. — Les présentations de l'épaule à la Maternité Lariboisière, 1922-1931. Th. Paris, 1931.
- BERTRAND. — Présentation de l'épaule (traitement). Th. Paris 1927.
- CHATUNZEF. — Uber den Kaiserschnitt bei Querlage. Monatschrift für Geburtsh. u. Gynäk. T. 90, 1932.
- EASTMAN. — Transverse presentation. Am. J. of Obst. and Gyn., 24, 1932.
- P. GUENIOT. — L'opération césarienne avec ou sans hystérectomie dans la présentation de l'épaule. Rev. Fr. de Gyn. et d'Obst., mai 1927. — Bull. méd., oct. 1928.
- M. HIRSCH. — Ueber Querlage und Wendung des Kindes in der Geburt. Deut. Med. Woch., p. 1377-1379, 1928.
- JEANNIN. — Présentation de l'épaule. La Science méd. prat., N° 9, 1933.
- KAMNICKER. — Ursachen und Behandlungsergebnisse der Querlagen (Montasschrift f. Geburtshilfe u. Gynäk, T. 75, 1926.)
- LACOMME. — Présentation de l'épaule (indications therap.). Bull. Méd., 14, 1934.
- LANTUEJOL. — L'anesthésie rachidienne et obstétrique. Gyn. et Obst., IX, 1924.
- LARRET. — Présentation de l'épaule négligée (traitement chirurgical). Th. Bordeaux, 1933.
- H. MARTIUS. — In Biologie u. Pathologie des Weibes v. Halban-Seitz, T. VII, 2, 1928.
- MAHON. — L'utérus parturient rachianesthésié. Th. Bordeaux, 1930.
- M. METZGER. — L'accoucheur moderne. Paris, 1928.
- NAUDIÈRE. — Présentation de l'épaule négligée (traitement). Th. Paris, 1926.
- REEB. — Présentation de l'épaule négligée (clin. et therap.). Rev. Fr. G. O., août 1931.
- RENET. — Les présentations de l'épaule à la Maternité de Saint-Louis, 1929-1933. Th. Paris, 1933.
- H. VIGNES. — Présentation de l'épaule. Bull. Gén. de Thérap., février 1930.
- VINOT. — La césarienne dans la présentation de l'épaule. Th. Paris, 1930.

